Lane Medical Library 1868

EIN

NEUES VERFAHREN

VON ZURUECKLAGERUNG DES PROMINIRENDEN ZWISCHENKIEFERS BEI DOPPELSEITIGER LIPPEN- UND GAUMENSPALTE.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am 21. December 1868

öffentlich vertheidigen wird

Joseph Ostertag

aus Bochum b. Kaiserswerth a. Rh.

Opponenten:

F. PETERS, Drd. med.

A. SCHLECHTER, Drd. med.

J. LAFON, Dr. med.

Greifswald.

Druck der Königl. Universitäts-Buchdruckerei von F. W. Kunike.

1868.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0294

Unter den angeborenen sehr entstellenden Missbildungen nimmt die doppelte Lippen- und Gaumenspalte wohl eine der ersten Stellen ein. Die Mutter, entsetzt über das missgestaltete Kind, vernachlässigt seine Pflege. Das Kind selbst kann schlecht saugen und schlingen, überhaupt ist die Funktion seines Ernährungsapparates eine sehr mangelhafte. Dazu kommt, dass die Defekte in Lippen und Gaumen dem Eintritt der Luft in die Lungen allzugrossen Spielraum gestatten und wir sehen Stomatitis, Bronchitis, Pneumonie, profuse Durchfälle u. s. w. entstehen. Kein Wunder also, wenn solche Kinder, wohlgenährt und kräftig zur Welt gekommen, bald hinfällig und anämisch werden und an Marasmus zu Grunde gehen, oder den Folgen obiger Krankheiten erliegen. Ihre Sterblichkeit war daher auch eine sehr grosse, zumal man diese Fälle für unheilbar hielt und sie dauerte bis zu den Zeiten, wo man wagte, operativ gegen diese Uebel-

stände vorzugehen. Schon das Erkennen der Nothwendigkeit und Zulässigkeit einer solchen Operation war von grossem Werthe. Ihre Aufgabe war, die Prominenz des Zwischenkiefers wegzuschaffen und die Spalträuder der Lippe und des Gaumens zu vereinigen.

Die bis jetzt zu diesem Zwecke veröffentlichten Operations-Methoden erlaube ich mir, soweit es die engen Grenzen einer Dissertation gestatten, in Kürze anzuführen.

Zuerst glaubte man nur durch das Abtragen des prominirenden Zwischenkiefers zu einem glücklichen Resultate gelangen zu können. Zu dem Ende wurde das auf dem Zwischenkiefer aufsitzende Mittelstück der Lippe losgelöst und der Zwischenkiefer vermittelst Messer und Zange exstirpirt. Einige glaubten nicht einmal das Mittelstück der Lippe erhalten zu dürfen und schnitten auch dieses weg.

Mag nun auch durch Wegnahme des Zwischenkiefers die Deckung der Spalten ermöglicht und der indicatio vitalis in einiger Beziehung Genüge geleistet sein, so wird doch kein Operateur der Jetztzeit diesem grausamen Verfahren, das unter andern Desault und selbst Dieffenbach ausführten, Beifall schenken.

Denn die bei diesem Verfahren entstehende Blutung kann eine lebensgefährliche werden und war in

den veröffentlichten Fällen gewöhnlich nur durch Anwendung des Glüheisens zu stillen. Auch in kosmetischer Beziehung ist dem Patienten durchaus nicht geholfen. Durch den beträchtlichen Substanzverlust in dem Oberkiefergerüst tritt die Nase bedeutend hervor, was um so mehr auffällt, da, wie Desault nachgewiesen hat, nach Wegnahme des Zwischenkiefers die beiden Oberkieferbeine immer mehr zusammenrücken. Der Bogen des Oberkiefergerüstes wird also immer kleiner. Dadurch tritt der normale Unterkiefer um so mehr hervor; der Patient erhält auf diese Weise die bekannte Greisenphysiognomie, und da die oberen Schneidezähne fehlen, somit die untern keinen Widerstand finden, so steht deren abnormem Wachsthum in die Länge durchaus Nichts im Wege.

Trotz aller dieser Nachtheile scheint man in Frankreich die völlige Exstirpation des Zwischenkiefers noch nicht aufgegeben zu haben. Denn noch in jüngster Zeit stellte Marjolin in Paris der Société de Chirurgie einen Patienten mit doppelter Hasenscharte und prominirendem Zwischenkiefer nicht etwa mit der Anfrage vor, ob der Zwischenkiefer exstirpirt werden solle, sondern nur mit der Anfrage, ob man nach der Exstirpation sogleich in einer Sitzung die Hasenscharte vereinigen solle? Verneuil erklärt sich in der nachfolgenden Diskussion gegen die gleichzeitige Operation, aber durchaus nicht gegen die Excision des Zwischenkiefers, vielmehr theilt derselbe mit, dass er in einem Falle den Zwischenkiefer mit Hülfe eines stumpfen

Instruments subperiosteal ausschälte. (Cf. Hüter, Berliner Jahresbericht 1867. II. Bd., II. Abth.).

Desault verliess denn auch bald das oben angegebene Verfahren und suchte vermittelst Compression den prominirenden Zwischenkiefer zurückzudrängen. Es wurden dazu Binden, Bandagen und Compressorien benutzt und dieselben am Hinterkopfe auf die eine oder andere Weise befestigt. Die auf diesem Wege angestellten Versuche haben jedoch zu keinem günstigen Resultate geführt. Von Desault[1]), Argasse[2]), und Davis[3]) sind freilich glückliche Heilungen mitgetheilt, doch lässt die Beschreibung dieser Fälle Vieles zu wünschen übrig; ja die geringe Dauer der Anwendung des Compressivverbandes, die dabei angegeben ist, darf wohl geradezu in Bezug auf den erzielten Erfolg in Zweifel gezogen werden. Denn, ist die Nasenscheidewand noch nicht verknöchert, so bietet die Elasticität für die Zurücklagerung bedeutende Schwierigkeiten dar; ist aber Verknöcherung des Septum bereits eingetreten, so lässt dieses Verfahren geradezu Nichts erwarten. Die genannten Autoren müssen demnach Fälle in Behandlung gehabt haben, die eine sehr geringe Krümmung des Septum von Nöthen hatten und

---

[1]) und [2]) Desault: Auserlesene chirurg. Wahrnehmungen. A. d. Franz. 1794, Bd. I, p. 105 und Bd. IV, p. 141.

[3]) Davis, The american journal of the medicales sciences. 1841. Gazette medicale de Paris 1842 p. 297.

muss auch dabei das Septum äusserst dünn und biegsam gewesen sein.

Bedeutend eingreifender und gefährlicher ist das Verfahren von Gensoul, der eine plötzliche gewaltsame Einknickung und Umbiegung des Septum zur Rücklagerung des prominirenden Zwischenkiefers für nützlich hielt. Er zog die etwa vorhandenen Schneidezähne aus, präparirte das Mittelstück der Lippe vom Zwischenkiefer ab, fasste nun den Zwischenkiefer mit einer starken Knochenzange, bog ihn stark abwärts, brach ihn vom Vomer ab und gab ihm die gewünschte Stellung, in der er vermöge eines angelegten Verbandes fixirt wurde. Berücksichtigt man die anatomischen Verhältnisse, so muss man durch die wahrscheinliche und ziemlich bestimmte Unmöglichkeit den elastischen Knorpel frakturiren, sowie durch die Möglichkeit bei der Zerbrechung der bereits verknöcherten Nasenscheidewand andere Fracturen dieser oder jener Schädelknochen bewirken zu können, von diesem Verfahren abgehalten werden. Vor Allem ist das Ausziehen der Zähne unnöthig, die andere nach dieser Methode verfahrende Operateure denn auch stehen liessen. Die ausgezeichneten Erfolge, welche französische und englischen Operateure durch diese Verfahrungsweise wollen erlangt haben, lassen noch manchen Zweifel zu. Von Letzterem ist es besonders Butcher[1]), der die Aus-

[1]) v. Bruns prakt. Chirurgie. Tübingen 1858. Bd. I, Abth. II, p. 345.

führung dieser Methode empfiehlt und sie mit einer Art Drathzange, deren flache vordere Enden mit Leder überzogen sind, vollführt. Jedoch auch er ist nicht im Stande, die Mängel und Nachtheile, die diesem Verfahren mit Recht vorgehalten werden, zu widerlegen. v. Langenbeck[1]) wird gewiss nicht der Einzige sein, dem es nicht gelang, nach diesem Verfahren zu operiren. Letzterer suchte sich in dem citirten Falle damit zu helfen, dass er die Verbindung des Zwischenkiefers mit dem Vomer oben mit einer Scheere einschnitt und den Zwischenkiefer nun zurückdrängte. Genaueres ist über diesen Fall leider nicht gesagt.

Auch v. Bruns[2]) machte bei einem $1\frac{1}{2}$ Cm. prominirenden Zwischenkiefer 1 Cm. hinter demselben in den Vomer einen fast zolllangen, ziemlich senkrechten Durchschnitt. Die dabei entstandene Blutung konnte nur „durch Umstechung der Stelle am untern Rande der Nasenscheidewand, aus welcher ein kräftiger arterieller Blutstrahl herausspritzte, mit einer gekrümmten Heftnadel und Zusammenknüpfen des durchgezogenen Fadens“ gestillt werden. Der Zwischenkiefer liess sich jetzt durch Druck leicht in seine normale Lage bringen und wurde darin durch einen Heftpflasterstreifen fixirt. Zur Unterstützung dieses Verbandes führte v. Bruns die beiden Enden obigen Fadens nach rechts und links um den Zwischenkiefer herum und band sie

---

[1]) Ebendaselbst, p. 350.

[2]) v. Bruns l. c. p. 347.

an seiner Vorderfläche zusammen, nachdem zur grössern Haltbarkeit das Mittelstück der Lippe abpräparirt war. Der Erfolg war nicht der gewünschte; das vordere Stück der Nasenscheidewand war nach rechts und etwas nach oben verschoben und verstopfte das rechte Nasenloch fast ganz. Auch der Erfolg der Operation der Lippenspalten zeigte sechs Jahre nachher, wenn auch ein besseres Verhalten als vor der Operation, doch nicht den Effekt, den der Operateur erwartet hatte.

Die meisten prominirenden Zwischenkiefer wurden wohl bis jetzt nach dem Verfahren von Blandin mit der Modifikation von v. Bruns zurückgelagert. Nach Blandin schneidet man gleich hinter dem Zwischenkiefer aus der Nasenscheidewand ein spitzwinkliges Dreieck aus, dessen Basis gleich ist der Entfernung der vordern Fläche des Alveolartheiles des Zwischenkiefers von der vordern Fläche der Alveolartheile der Oberkieferbeine und dessen Spitze nach oben sieht. Die Ausführung der beiden Einschnitte und besonders des hintern ist nicht leicht, und jedenfalls eine auf ihre Fläche rechtwinklig gebogene Scheere, wie sie v. Bruns dazu benutzte, am besten verwendbar. Die Stärke derselben, sowie die dazu nöthige Anwendung von Gewalt wird von der Entwicklung und bereits eingetretenen Verknöcherung der Nasenscheidewand abhängen. Nicht weniger schwierig ist es, die profuse Blutung aus der durchschnittenen Art. nasopolatina zu stillen, was gewöhnlich nur durch Anwendung des Glüheisens erreicht wird. Sie fällt ganz weg durch

die Modifikation von v. Bruns, durch welche überhaupt das ganze Verfahren mehr Aussicht auf Erfolg gewinnt.

v. Bruns führt nämlich vor der Excision des Dreiecks diesseits des vordern und jenseits des hintern Einschnittes vermittelst einer Heftnadel einen starken Faden einige Linien oberhalb des freien Randes der Nasenscheidewand durch dieselbe und vollzieht so, indem er den Faden knotet, die mittelbare Unterbindung der A. nasopal., die am untern Rande der Nasenscheidewand verläuft. Der Operateur gebrauchte diese Fäden nicht allein zur Unterbindung, sondern auch zur allmäligen Annäherung und Fixation des Zwischenkiefers zur hintern Schnittfläche und liess sie zu diesem Behufe 17 Tage liegen[1]).

Mag man nun auf diese Weise der profusen Blutung auch aus dem Wege gehen, so bleiben ausser der bereits erwähnten Schwierigkeit der passenden und richtigen Excision noch drei besonders wichtige Nachtheile bei diesem Verfahren, und zwar erstens die heftige Eiterung an der Excisionsstelle, zweitens die mangelhafte Einheilung des zurückgelagerten Zwischenkiefers und drittens die Gefahr der Nekrose des den Zwischenkiefer deckenden Lippenläppchens, dem die wesentliche Blutzufuhr abgeschnitten ist.

---

[1]) v. Bruns l. c. p. 355.

Durch alle diese Mängel und Gefahren bei der Rücklagerung des prominirenden Zwischenkiefers bewogen, suchte Simon in jüngster Zeit ohne Gewalt dem Zwischenkiefer seine normale Lage zu verschaffen. Verfasser dieses verweist auf die „Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Rostocker Krankenhauses während der Jahre 1861—1865 von Prof. Dr. Simon in Rostock, II. Abth., Prag 1868“, und versucht das angegebene Verfahren so kurz als möglich wiederzugeben. Auch Simon bemühte sich (wie bereits andere Operateure) die Ueberbrückung der Lippendefekte mit Lippenspaltlappen auszuführen, und hoffte dadurch die spontane Rücklagerung des Zwischenkiefers zu erzielen. Der Versuch scheiterte an der stets entstehenden Zerrung und daraus hervorgehenden Zerreissung. Selbst dadurch, dass er dieses Verfahren in zwei Zeiträumen ausführte, erreichte er Nichts. Denn durch das Schliessen der einen Spalte öffnete sich die andere um so mehr.

Mehr Aussicht auf Erfolg soll folgendes zuerst von Simon angegebene und ausgeführte Verfahren bieten: „Rücklagerung des Zwischenkiefers ohne Gewalt durch Ueberbrückung der seitlichen Spalten mit Nasenflügellappen und Verschluss der restirenden Medianspalte nach spontanem Rückgange des Zwischenkiefers durch Vereinigung der Lippenspalträndер“.

In dem sub Nr. 12 von Simon angeführten Falle führte er einen Schnitt um den Nasenflügelrand, von

diesem aus einen zweiten Schnitt nach aussen, der nach unten convex ist und 1½—2 Cm. oberhalb und 1½—2 Cm. nach aussen von dem Mundwinkel endigte. Das vordere Ende des so gebildeten Lappens, das durch Umschneiden des Nasenflügels entstanden war, heftete er an das keilförmig angefrischte Mittelstück der Lippe, liess aber die Lippenspaltränder unberücksichtigt. Die auf diese Weise entstandene Wundfläche lässt er sich durch Granulationen füllen, nachdem die Vereinigung der Ränder sich wieder gelöst hatte. Beide Spalten deckte der Operateur in diesem Falle in einem Zeitraume. Dadurch, dass die Lippenspaltränder unberücksichtigt geblieben waren, bildete sich in der Mitte der Lippe ein stumpfer Winkel. Dieser wurde, als nach 10 Wochen der Zwischenkiefer spontan in die Lücke des Alveolarbogens eingetreten war, dadurch beseitigt, dass man die Spaltränder nach Mirault's Zuschnitt und durch die Doppelnath vereinigte. Sechs Wochen nach diesem letzten Operationsakt verliess das Kind, Carl Schwabe aus Speck bei Malchin, ¾ Jahr alt, völlig geheilt, das Rostocker Krankenhaus.

Bei dem sub Nr. 13 angeführten Falle, Fritz Bohnsak aus Neu-Bernitt bei Rostock, 1 Jahr 7 Wochen alt, verfuhr Simon nach demselben Modus, nur dass er hier die beiden Seitenspalten nicht in einem, sondern in zwei Zeiträumen deckte. Durch das Schliessen der linksseitigen Spalte wurde der Zwischenkiefer so sehr nach links hingezogen, dass sich die rechtsseitige Spalte, bei ihrer Operation, 6 Wochen

nachher, sowohl am Nasenrand, als am Lippenwinkel um 3^{mm} vergrössert fand. Vier Monate nach diesem zweiten Operationsakte war der Zwischenkiefer um 9^{mm} zurückgegangen. Zehn Monate nachher war er aber auch noch nicht weiter zurückgegangen, weil die Ränder der Oberkieferbeine sich genähert hatten und dem Eindringen desselben in seine normale Stellung hinderlich waren. Da es nun wahrscheinlich schien, dass dieser Zustand sich nicht ändern würde, so entschloss sich Simon zur Schliessung der medianen Lippenspalte. Zu diesem Behufe wurden durch 2 lange, transversale Schnitte, die unter dem Mittelstück der Lippe nach aussen geführt wurden, zwei Lappen gebildet, welche sich nach Ablösung vom Boden mit Leichtigkeit bis zum Verschluss der Medianspalte zusammenziehen liessen und deren Heilung in allen Theilen zu Stande kam. Auch in diesem Falle liess der Operateur sich die Wundfläche und die Spalte am Nasenflügelrande allmälig durch Granulationen füllen.

Dieses Verfahren hat nach Simon folgende Vortheile vor der gewaltsamen Zurücklagerung: Erstens ist es weniger verwundend; zweitens bleibt das Zwischenkieferstück funktionsfähig und drittens ist die normale Ausbildung des Oberkiefers in höherem Maasse wahrscheinlich. Besonders hebt Simon den Vortheil hervor, dass bei dieser Methode das Kind nie in Gefahr kommt zu ersticken, da durch Bildung des Lappens ein grosses Loch zwischen Nasenflügelrand und oberem Lappenrand in die Mund- und Nasenhöhle

offen bleibt, durch welches das Kind bis zum allmäligen Verschluss desselben durch Granulationen frei athmen kann. Der Operateur empfiehlt das Verfahren in einem Zeitraume zu vollführen, da die Erfahrung ihn lehrte, dass bei Ausführung der Operation in zwei Zeiträumen die offen gebliebene Spalte sich bedeutend vergrösserte.

In der Literatur bis jetzt noch nicht aufgeführt, ist folgendes Operationsverfahren nach Bardeleben.

Man macht auf dem untern Rande des Vomer eine Incision; diese soll gleich hinter dem Ansatz des Zwischenkiefers beginnen, etwas länger sein als die Entfernung von der vorderen Fläche des Alveolartheiles der Oberkieferbeine bis zur vorderen Fläche des Alveolartheiles des Zwischenkiefers beträgt, und bis auf den Knochen gehen. Sodann trennt man das Periost sammt der Schleimhaut mit einem stumpfen, hebelförmigen Instrumente vom Septum ab, drängt dasselbe mit den Branchen einer spitzen Knochenzange auseinander und incidirt mit letzterer den Vomer senkrecht zu seinem untern Rande. Der vordere mit dem Zwischenkiefer in Verbindung stehende Theil des Septum wird dadurch beweglich und lässt sich durch einen geringen Druck der Art gegen den hinteren Theil verschieben, dass ein Stück der Seitenfläche des ersteren neben die entgegengesetzte Fläche des letzteren zu liegen kommt. Da der Zwischenkiefer nicht gerade nach vorn gerichtet zu sein pflegt, wird es in

der Regel zweckmässig erscheinen, die Verschiebung nach der Seite hin erfolgen zu lassen, auf welcher die Gaumenspalte am grössten ist. Doch entscheidet darüber jedes Mal erst der Versuch. Es bleibt nun zur Herstellung der normalen Lage die Anfrischung und Befestigung der beiderseitigen Ränder des Oberkiefers und der entsprechenden des Zwischenkiefers. Sollte sich die Befestigung nicht mit Suturen bewerkstelligen lassen, so gelingt dieselbe durch angelegte Heftpflasterstreifen oder eine Art von Zaum, den man um den Kopf des Kindes befestigt. Die Operation der Lippenspalten geschieht in einem zweiten späteren Operationsakte.

Durch dieses Operationsverfahren verhütet man erstens grössere Blutungen aus der Art. nasopalatina, zweitens erhält man durch dasselbe die Blutzufuhr zum Zwischenkiefer und dem an ihm befestigten Mittelsück der Oberlippe, vermeidet drittens bei der Heilung die langwierige Eiterung, welche bei einer keilförmigen Excision oder den andern Methoden der Reposition des Zwischenkiefers stets eintritt und hat endlich alle Aussicht, dass der seiner normalen Blutzufuhr durch die Art. nasopalat. in keiner Weise beraubte Zwischenkiefer mit den Nachbartheilen wirklich fest verwächst.

Krankengeschichten.

1) Christian Kamberg aus Strellin bei Züssow, 1 Jahr alt, wurde am 8. Februar d. J. in die Greifswalder Klinik aufgenommen. Das Kind, sehr kräftig entwickelt, litt an doppelter Hasenscharte, complicirt mit beiderseitiger Spaltung des harten und weichen Gaumens; der Bürzel sass an der Nasenspitze. Die Breite der Lücke betrug fast ½ Zoll, die des Zwischenkiefers $\frac{5}{8}$ Zoll. Letzterer prominirte bedeutend und betrug die Entfernung vom vorderen Rand des Alveolartheiles des Os supramaxillare bis zum vorderen Rand des Alveolartheiles des Os incisivum $\frac{7}{8}$ Zoll; mit dem Vomer stand letzteres nur durch eine schmalen Brücke in Verbindung

Die Zurücklagerung des Zwischenkiefers war vorerst natürlich die Hauptsache und sollte die Operation der doppelten Hasenscharte später folgen.

Ersteres führte Bardeleben am 13. Februar aus. Um der Blutung aus der Art. nasopalatina, die allerdings auch nach der Bruns'schen Methode hätte verhütet werden können, vorzubeugen, machte er einen circa 1 Zoll langen Schnitt auf dem Vomer, genau in der Medianlinie seines unteren Randes und bis auf den Knochen. Dies gelang leicht. Mit theils scharfen theils stumpfen Hebeln, wurde dann an beiden Seiten

des Vomer das Periost sammt der Schleimhaut abgelöst und auseinandergedrängt. Obgleich dieses einige Mühe machte, ging es dennoch gut von Statten. B. schnitt nun senkrecht auf den untern Rand des Vomer in diesen mit einer schneidenden Knochenzange ein. Der Zwischenkiefer war jetzt leicht beweglich und zurückschiebbar und kamen die Knochenstücke auf diese Weise innerhalb des Periostes neben einander zu liegen. Die Ränder des Zwischenkiefers sowohl, als die des Oberkiefers wurden nun beiderseits angefrischt, und der Zwischenkiefer nach hinten geschoben. Letzteres liess sich ohne jegliche Anwendung von Gewalt thun. Um den Zwischenkiefer in dieser ihm gegebenen Stellung zu halten, wurden einige Seidenligaturen angelegt. Diese schnitten leider bald durch und trat der Zwischenkiefer wieder etwas hervor; doch liess er sich durch einen leichten Druck jedesmal in die normale Lage zurückbringen. Ein schmales Brettchen, angelegt wie das Gebiss eines Pferdes und mit zwei Bandschlingen am Hinterkopfe befestigt, gab dem Zwischenkiefer die gewünschte Stellung wieder. Durch den mehrwöchentlichen Gebrauch desselben war der Zwischenkiefer vollkommen zurückgedrängt, stand in gleichem Niveau mit dem Oberkiefer und verblieb nun ohne Retention in seiner Stellung.

Die doppelte Hasenscharte zu operiren, wäre nun ein Leichtes gewesen. Patient musste aber aus äusseren Gründen aus der Klinik entlassen werden und kehrte erst am 2. Mai wieder in dieselbe zurück.

Bei der Untersuchung zeigte sich, dass das Os incisivum völlig in seiner ihm gegebenen Stellung verblieben auch durch den verheilten Vomer in seiner normalen Stellung festgehalten wurde, jedoch noch nicht knöchern mit den beiden Oberkiefern verwachsen war. Das mittlere Läppchen stand in der normalen Stellung der Oberlippe. Die Operation der doppelten Hasenscharte bot jetzt keine Schwierigkeiten dar. Das Mittelstück wurde keilförmig zugeschnitten und im Uebrigen nach der Mirault'schen Methode verfahren.

Wie vortheilhaft die Loslösung des Periostes bei der Rücklagerung des Zwischenkiefers für die Ernährung des Zwischenläppchens gewesen war, ergab sich daraus, dass bei seiner Anfrischung eine Arterie in weitem Bogen spritzte. Die Heilung ging ohne üble Zufälle binnen wenigen Tagen von Statten. Eine kleine narbige Einziehung, links neben der Mitte, musste einer späteren Operation vorbehalten bleiben.

Am 5. October sah Verfasser den kleinen Patienten wieder. Die Schleimhaut des Zwischenkiefers war in die der Oberkieferbeine übergegangen. Der Zwischenkiefer stand in seiner normalen Lage und passten die vier untern Schneidezähne genau auf die drei des Zwischenkiefers. Letzterer war nach oben fest, nach den Seiten hin etwas beweglich, sodass also eine laterale knöcherne Vereinigung noch nicht stattgefunden hatte. Nach den Aussagen der Mutter biss der Kleine Zwieback, Semmel, Obst etc. ab, wie ein von jeher

gesundes Kind. Die kleine narbige Einziehung liess beim Schliessen des Mundes durchaus keinen Defekt mehr zurück.

II) Der 6 Wochen alte Carl Drews aus Stralsund, schlecht genährt und von schwächlicher Constitution, wurde am 19. Juni in die hiesige Klinik gebracht. Derselbe litt an doppelter Lippen- und Gaumenspalte; das Os incisivum ragte um etwa $\frac{1}{2}$ Cm. vor die beiden Oberkieferbeine. Die Distanz zwischen dem septum und den beiden Lippenhälften war allerdings gering, doch war er völlig fest und unbeweglich in seiner abnormen Stellung. Desshalb wurde zur subperiostealen Durchschneidung des Vomer geschritten, was ebenso leicht und glücklich bei diesem Kinde von Statten ging, wie beim Kind Kamberg. Eine geringe Blutung aus einem kleinen arteriellen Aste liess sich durch aufgesetzte gestielte Schwämmchen ohne Mühe stillen. Der Zwischenkiefer war nach der subperiostealen Durchschneidung des Vomer leicht beweglich; er wurde durch einen querübergelegten Heftpflasterstreifen in seine normale Lage gebracht und blieb darin fixirt, ohne jemals wieder hervorzutreten.

Obschon die Operation eine durchaus gelungene genannt werden musste und am Operationsorte kein Grund zu irgend einer Erkrankung vorlag wurde das Befinden des kleinen Patienten doch allmälig schlechter. Er collabirte zusehends und starb am dritten Tage nach der Operation.

Der operative Eingriff war demnach für das junge und schwächliche Kind vielleicht doch ein zu heftiger gewesen, wie man dies ja auch in anderen Fällen, sogar nach der einfachen Hasenscharte-Operation zu sehen Gelegenheit hat. Leider wurde die Section nicht gestattet.

Lebenslauf.

Joseph Ostertag, geb. den 8. Septbr. 1841, zu Bockum bei Kaiserswerth am Rhein, Sohn von Franz Joseph Ostertag und Cornelia, geb. Theisen, katholischer Confession, besuchte zuerst das Gymnasium zu Düsseldorf, unter Leitung des Direktors Herrn Dr. Kiesel, darauf das zu Warendorf, unter Leitung des Direktors Herrn Dr. Lucas und bestand daselbst im Herbste 1863 das Abiturientenexamen. In demselben Herbste bezog er die Universität Würzburg, um sich dem Studium der Medizin zu widmen und begab sich im Herbste 1864 an die Universität Greifswald, woselbst er bis jetzt seinen Studien oblag.

Während dieser Zeit hörte er Vorlesungen bei folgenden Herren:

In Würzburg:

Kölliker, H. Müller, Foerster, Scherer, Narr, Dehler.

In Greifswald:

Budge, v. Feilitzsch, Limpricht, Schwanert, Münter, Bardeleben, Mosler, Grohe, Pernice, Laurer, Schirmer, Hertz, Landois, Heineke, Krabler, Haeckermann.

Allen diesen Herren den innigsten Dank, besonders Herrn Geheimen Medizinal-Rath Prof. Dr. Bardeleben, dessen Gütte Verfasser die Erlaubniss und Veröffentlichung des oben beschriebenen Operationsverfahrens verdankt.

Thesen.

I.

Die Durchschneidung des nervus facialis zur Heilung des minischen Gesichtskrampfes ist zu verwerfen.

II.

Die Wendung auf den Kopf ist, wenn ausführbar, der Wendung auf die Füsse stets vorzuziehen.

III.

Bei veralteten Luxationen ist das von Gustav Simon empfohlene Verfahren der allmäligen Reduction bei weitem das Beste.